

CARACTERÍSTICAS DE SUCCIÓN EN UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA DE BEBÉS CON ANQUILOGLOSIA: UNA SERIE DE CASOS

La anquiloglosia parcial es una anomalía congénita oral caracterizada por el movimiento restringido de la lengua como resultado de un frenillo lingual corto, inelástico, demasiado cerca o dentro del suco gingival (1). La prevalencia de la anquiloglosia no está bien documentada debido a la falta de una definición estándar o un método fiable de la clasificación clínica (2). Los estudios de los recién nacidos, lactantes y adolescentes citan que la incidencia de la anquiloglosia está entre 0,1% y el 10,7% (2,3). Recientemente, se ha informado un resurgimiento de la lactancia natural en lactantes con anquiloglosia, con una frecuencia que va desde 25% a 44% (3,4). Dificultades en la alimentación asociadas con anquiloglosia incluyen pezones dolorosos (4-6), pobre acoplamiento al pecho (6), la producción de leche reducida, deshidratación neonatal (7) y la disminución de la duración de la lactancia materna (4). Existe una controversia sobre la gestión y tratamiento de la anquiloglosia (8), aunque los estudios demuestran que en niños con problemas de alimentación, la frenulotomía mejora el dolor materno de pezón (5,6,9,10), las puntuaciones en el cierre (6, 0), la acción de la lengua, la transferencia de leche y la producción de leche (10). Afortunadamente, la mayoría de los bebés con anquiloglosia pueden amamantar de forma exitosa. La controversia que rodea la anquiloglosia es la falta de conocimiento sobre el efecto del problema en la alimentación, y en particular la lactancia materna. Ecografías de la cavidad bucal infantil fueron realizadas durante la una lactancia materna sobre la imagen del movimiento de la lengua (Fig. 1ª, B). Se aplicó un suministro con agua estéril conectado a un transductor de presión de forma simultánea intra-oral (11). El método del test de peso fue usado para medir la ingesta de leche en el seguimiento de la alimentación y tres madres midieron cada alimentación durante periodos de 24 horas (12). Todos los niños registraron un crecimiento normal y las 3 madres que midieron cada alimentación durante un periodo de 24 horas, registraron niveles normales (rango 478 a 1356 g en 24 horas) (12). Los datos se muestran en la tabla 1 (niños 3-5). Los bebés 1,2 y 3 muestran que no hay compresión en el pezón. Sin embargo se vieron débiles vacíos en el registro del bebé 1 (Fig. 2, B, tabla1). Los bebés 2 y 4 mostraron vacíos más fuertes. El bebé 4 vació más fuerte y mostró compresión en la base del pezón por ultrasonido (Fig. 2C, D). El bebé 5 vació de forma muy débil y la compresión fue en la punta del pezón (Fig. 2E, F). La media máxima de la cuota de vaciados en la literatura tiene un rango de -145 (11) a -197 mm Hg (13) para lactantes. La media mínima de vaciados ha sido de -68 mm Hg en un estudio con lactantes (11). La importancia del nivel de vaciado se ha hecho evidente con un estudio reciente que demuestra una fuerte asociación entre las aspiradoras de succiones de

bebés y dolor en el pezón (14). Por el contrario, de forma similar al bombeo para vaciar (15), aspiradoras de baja succión se han asociado con una menor eficiencia y la eficacia de la alimentación (16). Aunque los niños con anquiloglosia habían vaciado de forma intra-oral fuera del rango normal, eran capaces de obtener suficiente leche para crecer satisfactoriamente y ninguna de las madres experimentó dolor en el pezón durante la alimentación. Es posible que el vacío que ejerce el bebé se vea influido tanto por la restricción de movimiento de la lengua o por el pezón o la forma de la mama. Se requieren más datos para investigar esto. Las imágenes por ultrasonido durante la lactancia mostraron que dos de los niños comprimían el pezón. Un niño comprime la base del pezón y el otro comprimía la punta del pezón. Las imágenes por ultrasonido para niños con anquiloglosia que tenían dificultades para la alimentación, demostraron que se comprimía el pezón, tanto en la base como en la punta durante la lactancia (10). Actualmente se desconoce si la compresión del pezón contribuye al dolor materno, que podría conducir a una reducción en la liberación de oxitocina y por lo tanto la correspondiente disminución en la cantidad de leche mamada por el bebé. Por el contrario, la compresión anormal del pezón puede dar lugar a una succión ineficaz por compresión mecánica de los conductos de leche en el pezón, obstruyendo el flujo de leche y por lo tanto reduciendo la ingesta de leche.

En los casos presentados aquí, el dolor materno, la ingesta de leche, o la producción de leche no se vieron afectados por cualquier vacío o compresión del pezón. Además, la fuerza y el volumen de leche que sale de la mama, así como el grado de restricción de la lengua bebé pueden influir en el nivel de vacío requerido por el niño para eliminar eficazmente la leche. Por lo tanto estos resultados nos sugieren que algunas madres pueden tener una mama/pezón característico o unas características de eyección de leche que contribuyan a una lactancia exitosa en bebés con anquiloglosia. Se requieren más estudios para comparar tanto las características de madre como bebés con anquiloglosia que son capaces de amamantar y las que no lo son.

FINANCIACIÓN.

Este estudio fue realizado por una beca de investigación proporcionada por Medela AG.